

## 原著

## 急性期病院の看護師が急変過程で抱くストレスに関する個人要因

坂井 侑由 尾田 早希 篠原 妃羽  
藪内 直美 清原 直美 福田ひろみ

徳島赤十字病院 6階南病棟

## 要 旨

個人要因によるストレスの違いや特徴を明らかにすることを目的として本研究に取り組んだ。方法は、留置き法を用いた自記式質問紙とし、調査内容は個人要因4項目と仕事ストレス測定尺度33項目とした。結果、257名（回収率57.1%）から回答を得、ストレス尺度の平均は2.96（SD=0.79）であった。経験年数が長く、リーダーや救急部門の経験がある者は「医師との人間関係」のストレスが高かった。配属部署では、救急部門より一般病棟のストレスが有意に高かった。今後、一般病棟の重症化が進むと、より急変の可能性が増え、医師とのやりとりを行う機会が増えてくる。これらのことから、看護師のストレスの軽減に繋げるための院内急変時への対応体制の導入が示唆された。

キーワード：急性期病院、急変過程、ストレス、個人要因

## はじめに

医学、医療の著しい進歩とともに、看護師にも高度な看護技術や適切な判断が求められている。中でもA病院は、高度救命救急センターの役割を担う急性期病院である。そのため、重症入院患者が増加する反面、入院日数の短縮が求められている。A病院では年間約30件のコードブルーが発生しており、その内の7割を患者に最も近い存在である看護師が発見していた。急変時対応に遭遇した看護師からは、患者の状態変化を予測し医師へ連絡しなければならない重圧感のほか、実際の急変過程での対応について不安やストレスに関係した発言が聞かれた。先行研究では、看護職は経験年数に関わらず急変時対応についてストレスを感じていることや<sup>1)</sup>、急変時対応に関する不安の要因は経験年数によって異なっている<sup>2), 3)</sup>ことが明らかにされている。これらのことから、ストレスに関して基本属性によって違いがあるのではないかと考えた。しかし、配属部署や看護師経験における急変時の不安やストレスについて明らかにした研究はみられなかった。

そこで、東口ら<sup>4)</sup>が開発した仕事ストレス測定尺度（以下NJSS）を用いて、一般病棟とICU、救命センター等の救急部門、及び看護師経験での感じる急

変過程のストレスの違いや特徴について示唆を得ようと考えた。

## 研究目的

配属部署や看護師経験など個人要因における急変過程のストレスの違いや特徴を明らかにする。

## 用語の定義

急変過程…急な患者の病態悪化、進行、変化していく過程。

## 倫理的配慮

本研究は、徳島赤十字病院倫理委員会の承認を得て行った。対象者には、研究の主旨と方法、匿名性の保持、個人に関するプライバシーの保護、回答に関して自由意思の尊重、調査結果の公表方法を文章に明記し、回収ボックスへの投函をもって同意を得られたこととした。本研究において利益相反関係にある企業等はない。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン：実態調査研究

#### 2. 対象及び期間

対象：400床規模の急性期病院である A 病院に勤務する師長以上の役職者及び、臨床研修看護師を除く看護師450名。

期間：平成29年9月1日～平成29年12月31日

#### 3. データの収集方法

##### 1) 質問調査表

①個人要因：看護師の経験年数、配属部署、救急部門での経験の有無、リーダー経験の有無。

##### ②NJSS

「職場の人的環境に関するストレッサー（以後、人的環境）」7項目、「看護職者としての役割に関するストレッサー（以後、役割）」5項目、「医師との人間関係としての自律性に関するストレッサー（以後、医師との人間関係）」5項目、「死との向かい合いに関するストレッサー（以後、死との向かい合い）」4項目、「仕事の質的負担に関するストレッサー（以後、仕事の質的負担）」5項目、「仕事の量的負担に関するストレッサー（以後、仕事の量的負担）」5項目、「患者との人間関係に関するストレッサー（以後、患者との人間関係）」2項目の7因子33項目から成る。評価方法は、「ほとんど感じない」を1点～「非常に強く感じる」を4点、「状況なし」を0点の5段階評価である。得点が高いほどストレスを認識している。

2) 質問調査表の配布は、部署の看護師長を介して看護師に配布を依頼した。

3) 看護師自身が質問調査表に回答し、同封した封筒に入れ、投函する留め置き法を用いた。

##### 4. データの分析方法

SPSS ver. 24を用いて行い、対象者の個人要因及び尺度の下位因子については、記述統計量の算定と分散分析、マン・ホイットニーのU検定を用いて評価する。有意水準は5%とした。

## 結 果

450名に配布し、257名（回収率57.1%）から回答を得た。欠損のある回答を除いた235（有効回答率52%）を調査対象とした。

### 1. 属性

臨床経験年数1～3年は23名（9.8%）、4～9年は68名（28.9%）、10年以上は144名（61.3%）であった。配属部署では、ICUは31名（13.2%）、救命センターは14名（6.0%）、ERは13名（5.5%）、一般病棟は118名（50.2%）、手術室は17名（7.2%）、外来は42名（17.9%）であった。ICU、救命センターなどの救急部門経験がある者は103名（43.8%）、ない者は132名（56.2%）であった。役割としてリーダー経験がある者は181名（77.0%）、ない者は54名（23.0%）であった（表1）。

ストレス尺度全体の平均点は2.96（SD=0.79）であった。因子の平均値を高い順にみると「仕事の量的負担」3.30（SD=0.58）、「仕事の質的負担」3.23（SD=0.59）、「患者との人間関係」3.08（SD=0.75）、「役割」2.92（SD=0.58）、「人的環境」2.82（SD=0.81）、「医師との人間関係」2.80（SD=0.76）、「死との向かい合い」2.59（SD=0.93）であった（図1）。

### 2. 個人要因とストレス尺度の比較

#### 1) 経験年数による比較

ストレス尺度全体の平均点は、経験年数1～3年目は2.82（SD=0.78）、経験年数4～9年目は2.91（SD=0.79）、経験年数10年以上は3.00（SD=0.74）と有意差はなかった。下位因子別の経験年数の平均得点を比較したところ、「医師との人間関係」では経験年数1～3年目は1.93（SD=0.67）、経験年数4～9年目は2.28（SD=0.66）、経験年数10年目以上は2.53（SD=0.59）

表1 対象者の概要

	基本属性	n	%
経験年数	1～3年目	23	9.8%
	4～9年目	68	28.9%
	10年目以上	144	61.3%
配属部署	ICU	31	13.2%
	救命	14	6.0%
	ER	13	5.5%
	病棟	118	50.2%
	手術室	17	7.2%
	外来	42	17.9%
救急部門経験	あり	103	43.8%
	なし	132	56.2%
リーダー経験	あり	181	77.0%
	なし	54	23.0%

と有意差を認めた ( $p < 0.001$ ) (図2)。

一方で、経験年数群においても因子間の有意差を認めた ( $p < 0.001$ )。経験年数1-3年目では、「医師との人間関係」は2.25 (SD=0.78) と最も低い値を示し、「仕事の量的負担」は3.29 (SD=0.53) と最も高い値を示した。経験年数4-9年目では、「死との向かい合い」は2.51 (SD=0.91) と最も低い値を示し、「仕事の量的負担」は3.31 (SD=0.65) 最も高い値を示した。経験年数10年目以上では、「死との向かい合い」は2.63 (SD=0.94) と低い値を示し、「仕事の量的負担」は3.29 (SD=0.56) と最も高い値を示した (図2)。

## 2) 配属部署による比較

配属部署によるストレス尺度の下位因子別に平均得点を比較したと有意な差は認めなかった。ICU、救命センターなどの救急部門と一般病棟のストレス尺度を比較した結果、「死との向かい合い」 ( $p < .027$ )、「仕事の量的負担」 ( $p < 0.004$ )、「患者との人間関係」 ( $p < 0.001$ ) で有意差がみられた。「死との向かい合い」では、救命部門は2.47 (SD=0.90)、一般病棟は2.80 (SD=0.81)、「仕事の量的負担」では救命部門は3.16 (SD=0.61)、一般病棟は3.46 (SD=0.48)、「患者との人間関係」では、救命部門は2.77 (SD=0.68)、一般病棟は3.24 (SD=0.77) と一般病棟のストレスが高かった (図5)。

## 3) 救急部門の経験の有無による比較

救急部門の経験の有無によるストレス尺度全体の平

均点は、経験ありが2.98 (SD=0.70)、経験なしが2.95 (SD=0.81) と有意差はなかった。下位因子別の救急部門経験の平均得点を比較したところ、「医師との人間関係」では経験ありは3.01 (SD=0.64)、経験年数4-9年目は2.28 (SD=0.66)、経験年数10年目以上は2.53 (SD=0.59) と有意差を認めた ( $p < 0.001$ )

(図2)。経験あり群のストレス尺度の下位因子別に平均得点を比較したところ、因子間の有意差を認め ( $p < 0.001$ )、「死との向かい合い」は2.61 (SD=0.80) と低値を示し、「仕事の量的負担」は3.25 (SD=0.58) と高値を示した。経験なし群のストレス尺度においても有意差を認め ( $p < 0.001$ )、「死との向かい合い」は2.56 (SD=1.03) と低値を示し、「仕事の量的負担」は3.33 (SD=0.58) と高値を示した (図3)。

## 4) リーダー経験の有無による比較

リーダー経験の有無によるストレス尺度全体の平均点は、経験ありは3.02 (SD=0.73)、経験なしが2.76 (SD=0.81) で有意差を認めた ( $p < 0.001$ )。ストレス尺度の下位因子別に平均得点を比較したところ、「人的環境」 ( $p < 0.003$ )、「医師との人間関係」 ( $p < 0.001$ )、「死との向かい合い」 ( $p < 0.002$ )、「仕事の質的負担」 ( $p < 0.036$ ) と有意差を認め、いずれもリーダー経験あり群の値が高かった (図4)。

## 3. 自由記載

「急変過程における不安や困ったこと、ストレスに感じたこと」では、リーダー経験あり群では、責任感や判断についての記載が多くみられた。「どのような

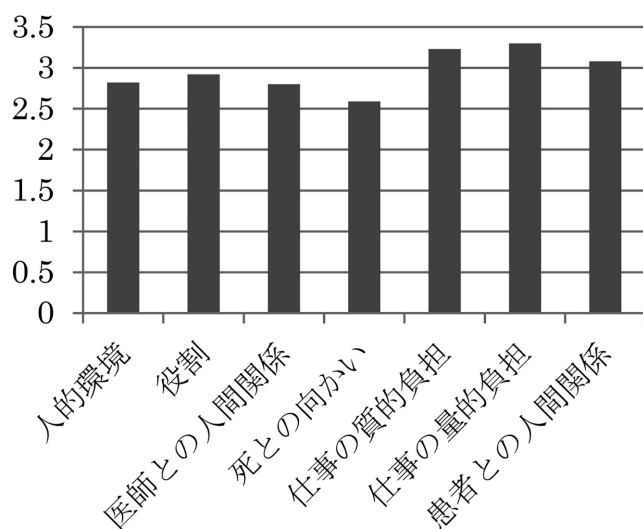


図1 ストレス尺度の全体平均点

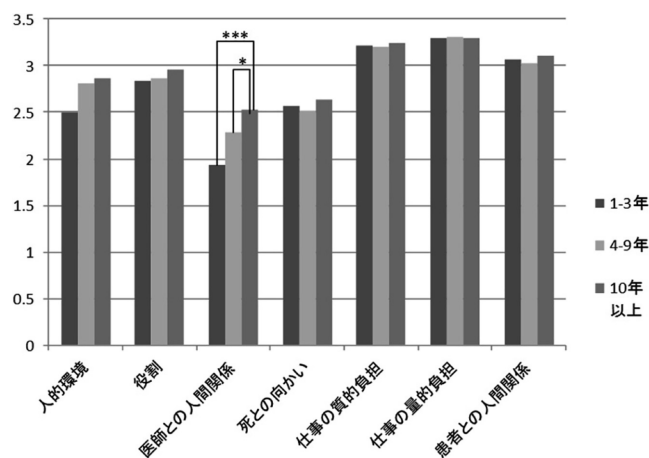


図2 経験年数別ストレス尺度平均点

対処, 対策を行ったか」では, リーダー経験あり群はスタッフや医師と相談など積極的なコミュニケーションを取っているが, リーダー経験なし群では, 個々の自己学習などの割合が高かった (表2)。

## 考 察

対象者については, 厚生労働省<sup>5)</sup>の年齢階級別にみた就業看護師数の割合は, 25歳未満が8.4%, 25~34歳が25.1%, 35歳以上が66.5%であり, 本研究の結果と類似していた。

本研究の結果, 全ての基本属性において「仕事の量的負担」が高値を示し, 1-3年目のみ「医師との人間関係」, その他の基本属性では「死との向かい合い」が低値を示した。「仕事の量的負担」は, 平均在院日

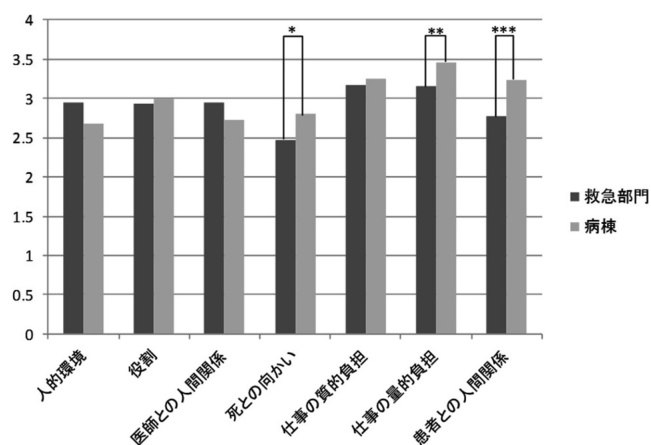


図3 救急部門と病棟とのストレス尺度平均点比較

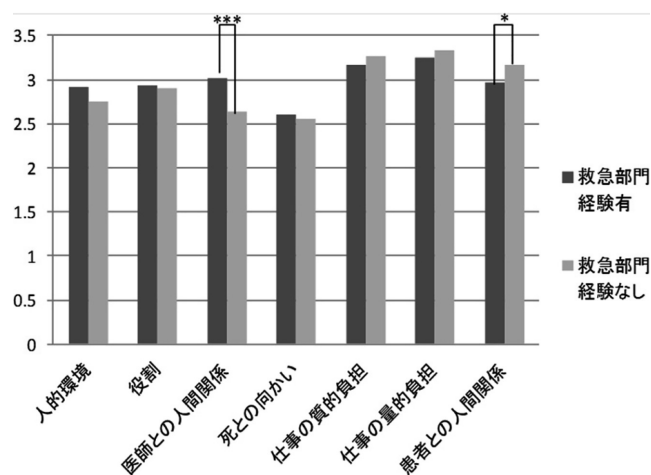


図4 救急部門の経験別ストレス尺度平均点

数の短縮化に伴う看護業務の複雑多様化, 業務密度の高度化による業務内容の変化と業務量の増加により高値を示したと考えられる。1-3年目で最も「医師との人間関係」が低かった背景として, ベナー<sup>6)</sup>は1-3年目を新人と一人前レベルであるとしており, かくうじて及第点の業務をこなすことができるレベルから時間を要するが自ら考えて行動できるレベルであると述べている。そのため, 決められた看護業務を実践することで精一杯であり, 医師との関係や治療方針に対して疑問を抱きにくく, ジレンマを感じにくいのではないかと考える。また, リーダー経験あり群と経験なし群においても「医師との人間関係」での有意差を認め, 経験なし群に比べて経験あり群では医師との関係に対して感じるストレスが高かった。A病院ではベナーが中堅と示す経験年数4年目以降にリーダーを経験することが多い。そのような看護師の特徴として, ベナーは状況を局面の視点でなく全体として捉え, 格率に導かれ実践を行っているとして述べている<sup>6)</sup>。また, 対処行動の自由記載から分かるように, リーダー経験あり群の方が病棟全体を調整し医師とのコミュニケーションを図る等, 医師と関わる機会が多いことでよりストレスを感じるのではないかと考える (表2)。「死との向かい合い」が低値である背景として, A病院が急性期病院であり積極的治療を受ける患者が多く, 緩和ケア介入の症例が少数であるためストレスの大きな要因に至らなかったと考えられる。

ICU, 救命センターの救急部門と一般病棟でストレスの平均値を比較したところ, 「死との向かい合い」,

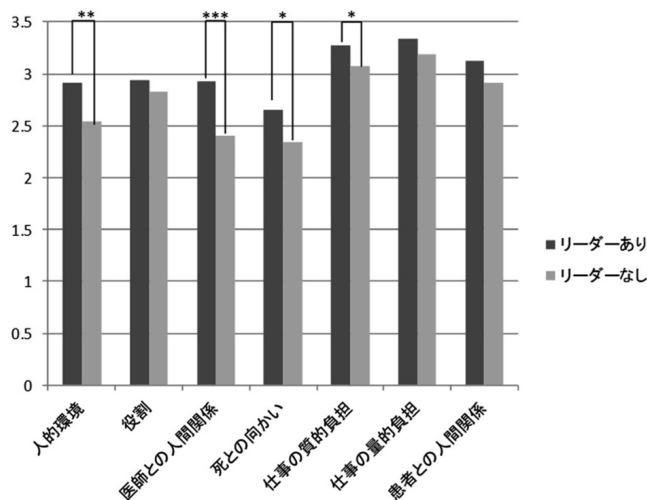


図5 リーダー経験別ストレス尺度平均点



表2 自由記載 回答

<リーダー経験あり> 急変過程における不安や困ったこと, ストレスに感じたこと	
医師との人間関係	指示がもらえない時
	報告するタイミング
	治療方針に対して納得できない時
リーダーの質的負担	判断力, 責任感が要求される時
	連携不足
リーダーの量的負担	人手が十分でない時
	他のスタッフへの指導
患者, 家族への対応	家族への連絡
	急変時の家族への対応
<リーダー経験なし> 急変過程における不安や困ったこと, ストレスに感じたこと	
医師との人間関係	指示がもらえない時
	報告するタイミング
人手不足	判断力, 責任感が要求される時
適切な判断と処置, 能力不足	速やかな対応が必要な時
患者, 家族への対応	家族への連絡
	急変時の家族への対応
報告, 相談	相談できる人がいない時
<リーダー経験あり> 急変過程における不安や困ったこと, ストレスに感じたことに対する対処・対策	
相談	スタッフに相談
医師との人間関係	医師とコミュニケーションを図る
	治療方針を確認
	夜勤の報告のタイミングを図る
	医師からの説明を依頼
患者, 家族への対応	傾聴
	他患者に対する配慮
気分転換	プライベートの充実
自己学習	急変時のイメージトレーニングを行う
	研修の受講
<リーダー経験なし> 急変過程における不安や困ったこと, ストレスに感じたことに対する対処・対策	
相談	スタッフに相談
医師との人間関係	消極的な関わり
気分転換	プライベートの充実
自己学習	急変時のイメージトレーニングを行う
	研修の受講

「仕事の量的負担」, 「患者との人間関係」で有意差がみられ, 救急部門よりも一般病棟看護師のストレスが高いことが明らかになった。救急病棟と内科病棟看護師のストレスを比較した先行研究では, ストレッサー8因子のうち6因子において救急看護師の方が内科看護師よりも得点が高いことが明らかになっており<sup>7)</sup>,

ICU 看護師は一般病棟の看護師より仕事の困難さ, 人命に関わる仕事内容, 患者の死との直面に関するストレッサーが多いことが明らかにされている<sup>8)</sup>。この先行研究と差異がでた理由として, A 病院の救急部門の在院日数が3日未満と短いことから, 症状が重篤であり常時監視を要するような状態の患者も一般病棟

でケアしている現状が挙げられるのではないかと考えた。入院患者の重症化や高齢化に加え、全体的にケアの時間を要する患者の増加や平均在院日数の短縮化等に伴う、看護業務の複雑多様化と増加が一般病棟看護師のストレスに影響していると考えられる。

一般病棟の重症化が進むと、より急変の可能性が増え、医師とのやりとりを行う機会が増えてくる。急変時におけるストレスや不安に関する自由記載では、基本属性に関係なく医師との人間関係において多くの不安が記述されており、具体例として報告すべきタイミングや患者情報を集約し短時間で症状を伝達しなければならないことが挙げられていた。そのため、急変時の医師との人間関係は看護師の大きなストレスの要因の一つとなっているのではないかとと思われる(表2)。

急性期病院に勤務する看護師の役割として、急変の早期発見と早期対応が望まれている。そのためには医師との良好なコミュニケーションの元でストレスなく連絡・報告できることが望ましい。山岸<sup>9)</sup>らは、実際に看護師と医師の良好な協調が得られない状況では【患者中心看護の実践】【情報の伝達・共有】が十分に実現されていなかったという結果を報告している。

また、吾妻<sup>10)</sup>らは、医師優位の関係性を看護師側からも医師側からも打破できないために連携・協働が困難であり、他の医療スタッフよりも医師との関係性において連携・協働に困難を感じていると述べている。そのため、患者中心の看護を提供するためにも、看護師と医師との良好な関係を築く必要があると考えられる。

近年、院内急変時への対応体制としてRapid Response System (以後、RRS) が注目されている。RRSとは、患者の状態悪化時に発見者である医療従事者があらかじめ決められているコール基準(酸素飽和度、脈拍、血圧等)に基づいて応援を要請し、対応するチームが駆けつけて必要な処置を行うものである<sup>11)</sup>。今後の医師への連絡手段として、看護師のストレスの軽減に繋げるためにもRRSのような決められた値で医師へコールするかどうかを決定できるシステムの導入も一つの選択肢として有効ではないかと考えた。

## 結 論

1. 救急部門と一般病棟のストレスの比較では、一般病棟のストレスが高い傾向にある。
2. 経験年数が長く、リーダー経験があり、救急部門

経験者は、急変過程での医師との関係に不安を感じている傾向にある。

## おわりに

今回の調査は、対象をA病院の看護師に限定した関連検証であり、研究の対象が小規模のため、結果を断定的に言うことはできない。また、調査対象者の職位や教育背景、職場環境の違いなど、今回調査をしていない基本属性に対してもさらなる検証を深めていくことが必要である。

今回の自由記載において一般病棟と外来という環境の違いでのストレスの内容が異なったため今後の検討の余地があると考えられる。

## 利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反なし。

## 文 献

- 1) 唐藤純子, 西森千華: 看護師の夜勤におけるストレスの要因, 「第43回日本看護学会論文集 看護管理」, 東京: 日本看護学会 2013; p355-8
- 2) 広部朱莉, 安藤佳菜恵, 上山亜衣, 他: A病棟の看護師が抱く急変時対応への不安 不安軽減のための関わりを部署内教育に取り入れて, 函館五稜郭病医誌 2016; 24: 28-31
- 3) 赤塚あさ子: 急性期病院における新卒看護師の職場適応に関する研究 勤務継続を困難にする要因を中心に, 日看管理会誌 2012; 16: 119-29
- 4) 東口和代, 森河裕子, 三浦克之, 他: 臨床看護職者の仕事ストレスについて: 仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討, 健康心理研 1998; 11: 64-72
- 5) 厚生労働省「平成28年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況」p4 [internet]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/> [accessed 2018-12-18]
- 6) パトリシア ベナー「ベナー看護論 新訳版 初心者から達人」, 東京: 医学書院 2005; p18, p21, p26
- 7) 宇田賀津, 森岡郁晴: 救命救急センターに勤務す

- る看護師の心理的ストレス反応に関連する要因,  
産業衛誌 2011; 53: 1 - 9
- 8) 太田紘子, 高田亜樹子, 津田佳奈: 3 交代勤務看護職のストレス実態調査 病棟看護師と ICU 看護師との比較. 磐田総病誌 2003; 5: 81 - 5
- 9) 山岸まなほ, 國江慶子, 青木雅子: 看護師と医師の協調における実践の実情と課題 米国ナースプラクティショナーと日本のチームリーダー看護師へのインタビューより. 東京女医大看会誌 2012; 7: 27 - 32
- 10) 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴, 他: チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大研紀 看リハ 2013; 7: 23 - 33
- 11) 谷口泰代: 院内急変対応. 日内会誌 2014; 103: 1411 - 6

---

## Individual factors in nurses' stress at an acute hospital

Yu SAKAI, Saki ODA, Hiwa SHINOHARA, Naomi YABUUCHI,  
Naomi KIYOHARA, Hiromi FUKUTA

6th floor south ward of Tokushima Red Cross Hospital

This research aimed to clarify differences and characteristics of nurses' stress caused by individual factors. Self-administered questionnaires were used with leaving methods, and the contents of the survey included four items of individual factors and 33 items of work stressors for a measurement scale. Responses were received from 257 participants (response rate 57.1%), and the average score of the stress scale was 2.96 (SD=0.79). Nurses who had many years of experience, as well as those with experience in leadership positions and in emergency departments, reported high stress levels regarding "interpersonal relationships with doctors."

The stress level for nurses in the general ward was higher than that of those mainly working in the emergency department. As the number of seriously ill patients is increasing in the general ward in the future, nurses will often encounter patients with acute deterioration and opportunities to interact with doctors will thus increase. The results suggest that a system should be introduced to respond to sudden changes in the hospital, which could lead to stress reduction for nurses.

Key words: acute hospital, emergency process, stress, self-administered questionnaire

Tokushima Red Cross Hospital Medical Journal 24:26-32, 2019

---